

ANALISIS PERBEDAAN TARIF KLAIM *INDONESIAN CASE BASE GROUPS (INA-CBGs)* BERDASARKAN KELENGKAPAN DIAGNOSIS DAN PROSEDUR MEDIS PASIEN RAWAT BERSAMA TRISEMESTER I DI RSUD KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2015



PUBLIKASI ILMIAH

**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Strata I pada
Jurusan Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan**

Disusun Oleh :

RETNO NURHIDAYATI

J410141062

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2016**

HALAMAN PERSETUJUAN

ANALISIS PERBEDAAN TARIF KLAIM *INDONESIAN CASE BASE GROUPS (INA-CBGs)* BERDASARKAN KELENGKAPAN DIAGNOSIS DAN PROSEDUR MEDIS PASIEN RAWAT BERSAMA TRISEMESTER I DI RSUD KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2015

PUBLIKASI ILMAH

Oleh:

RETNO NURHIDAYATI

J410141062

Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:

Dosen Pembimbing

A handwritten signature in blue ink, consisting of a vertical line with a loop and a horizontal stroke at the bottom.

Ibnu Mardiyoko, SKM. MM




HALAMAN PENGESAHAN

ANALISIS PERBEDAAN TARIF KLAIM *INDONESIAN CASE BASE GROUPS (INA-CBGs)* BERDASARKAN KELENGKAPAN DIAGNOSIS DAN PROSEDUR MEDIS PASIEN RAWAT BERSAMA TRISEMESTER I DI RSUD KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2015

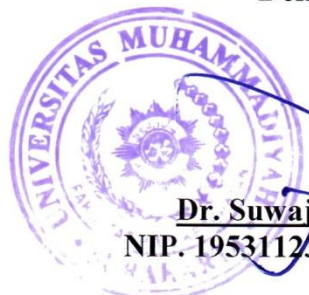

OLEH
RETNO NURHIDAYATI
NIM J410141 062

Telah dipresentasikan didepan dewan penguji
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Surakarta
pada tanggal 25 Juni 2016
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Dewan Penguji

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Ibnu Mardiyoko, SKM. MM
(Ketua Dewan Penguji) | (|  |) |
| 2. Yuli Kusumawati, SKM. M.Kes(Epid)
(Anggota I Dewan Penguji) | (|  |) |
| 3. Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes
(Anggota II Dewan Penguji) | (|  |) |

Dekan

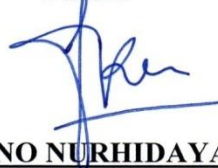


Dr. Suwaji, M.Kes
NIP. 195311231983031002

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa naskah publikasi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Surakarta, Juni 2016

Penulis



RETNO NURHIDAYATI
J410141062

ANALISIS PERBEDAAN ANALISIS PERBEDAAN TARIF KLAIM *INDONESIAN CASE BASE GROUPS (INA-CBGs)* BERDASARKAN KELENGKAPAN DIAGNOSIS DAN PROSEDUR MEDIS PASIEN RAWAT BERSAMA TRISEMESTER I DI RSUD KOTA YOGYAKARTA TAHUN 2015

Retno Nurhidayati

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan,

Universitas Muhammadiyah Surakarta

retnonuha@gmail.com

Abstrak

Berkas rekam medis yang tidak lengkap secara tidak langsung dapat mengurangi biaya klaim yang berdasarkan *software INA-CBG*. Tujuan penelitian ini adalah mengetahui perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* berdasarkan kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pasien rawat di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015. Metode penelitian yang digunakan adalah dengan observasi dan *Pre-Experimental Design* dengan rancangan *One Shot Case Study*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medis pasien rawat yang menggunakan sistem pembayaran *INA CBGs* trisemester I tahun 2015 di RSUD Kota Yogyakarta, yang berjumlah 255 berkas rekam medis. Teknik sampel untuk kelengkapan diagnosis dan prosedur medis menggunakan *Simple RandomSampling* sebanyak 155 berkas rekam medis. Sedangkan sampel untuk eksperimen yaitu semua pasien rawat yang ditemukan ketidaklengkapan sejumlah 72 berkas. Angka kelengkapan didapatkan dengan mengobservasi berkas rekam medis pasien rawat yang menggunakan sistem pembayaran *INA-CBGs* dan untuk tarif klaim *INA-CBGs* didapatkan dari data pelaporan tarif pasien rawat dengan pembayaran *INA-CBGs*. Uji statistik menggunakan Uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* dengan menggunakan SPSS 17. Hasil penelitian untuk angka kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pada formulir resume medis sebesar 53,5%, sedangkan angka ketidaklengkapan sebesar 46,5%, Terdapat selisih negatif 27,5% dari data tarif riil yang dikeluarkan oleh rumah sakit dibandingkan dengan tarif klaim *INA-CBGs*. Terdapat selisih positif 19,4% dari tarif klaim sebelum dilengkapi dibandingkan dengan tarif klaim sesudah dilengkapi, Total klaim sebelum dilengkapi terbanyak adalah *Severity Level 2*, yaitu sebesar Rp.194.285.000. Sedangkan total klaim sesudah dilengkapi terbanyak adalah *Severity Level 3*, yaitu sebesar Rp.261.169.500,00, 35 atau 48,6% berkas klaim menunjukkan selisih positif (+). Satu berkas klaim atau 1,4% menunjukkan selisih negatif (-). Klaim yang menunjukkan tetap atau tidak ada selisih 36 berkas atau 50%. Hasil

uji statistik menunjukkan Terdapat ada perbedaan tarif riil RS dengan tarif klaim INA-CBGs sebelum dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta (p value = 0,002). Terdapat tidak ada perbedaan antara tarif riil RS dengan tarif klaim INA-CBGs sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta (p value = 0,409) . Terdapat ada perbedaan antara tarif klaim INA-CBGs sebelum dan sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta (p value = 0,000).

Kata kunci : INA-CBGs, Pasien Raber, Rekam Medis, Data Pelaporan

ABSTRACT

The incompleteness medical record file can indirectly reduce the claim expenses based on software INA-CBGs. The purpose of this research is to know the INA-CBGs difference claim rates based on the diagnosis completeness and medical procedures of care together patients trimester I RSUD Kota Yogyakarta in 2015. The research method used is by observation and Pre-Experimental Design with one shot case study. The population of this research is all care together patients medical record file using INA-CBGs payment system trimester I RSUD Kota Yogyakarta in 2015, total of 255 medical record files. The technical completeness samples for diagnosis and medical procedures using Simple Random Sampling total of 155 medical record file. Whereas, the sample for the experiment is all care together patients who discovered 72 incompleteness files. The completeness figures obtained by observing the care together patients medical record file using INA-CBGs payment system and for INA-CBGs claims rate obtained from the care together patients reporting data rates by INA-CBGs payment system. Statistical test using Wicoxon Signed Ranks Test by SPSS 17. The results research to figure completeness of diagnosis and medical procedures in the form of medical resume is by 53,5%, whereas the figure of incompleteness is by 46, 5%. There is -27,5% rupiahs difference from the real data issued by the hospital compared with INA-CBGs tarrif claims. There is +19,4% difference, from the tarrif claims before completed compared with tarrif claims after completed. Total claims before most are equipped with Severity Level 2, which is 194.285.000 rupiah. While, the claims after most are equipped with Severity Level 3, which is 261.169.500,00 rupiahs. There is 35 or 48,6% positive (+) after completed than before compared, one claims file or 1,4% indicated negative (-). There is 36 files or 50% in the remain claims or not claimed. The statistical test results indicated that there is a real RS differences than INA-CBGs tarrif claims before completed in RSUD Kota Yogyakarta (p value = 0,002). There is no differences between the real RS tarrif and INA-CBGs tarrif after completed in

RSUD Kota Yogyakarta (value = 0,409). There is a difference INA-CBGs tariff claims before and after completed in RSUD Kota Yogyakarta (p value = 0,000).

Key note : INA-CBGs, Care Together Patients, Medical Record, Data Reporting

1. PENDAHULUAN

Berkas rekam medis yang tidak lengkap secara tidak langsung dapat mengurangi biaya klaim yang berdasarkan *software INA-CBGs*. Salah satunya adalah pasien dengan dua atau lebih dokter spesialis yang merawat atau sering disebut pasien rawat bersama (Raber) yang diklaim menggunakan tarif *INA-CBGs*. Jika pasien dirawat oleh beberapa dokter atau pasien raber, hal ini kemungkinan akan terjadi ketidaktepatan dan kekurangan dalam penulisan diagnosis akhir di dalam lembar resume medis, karena penulis diagnosis akhir harus satu Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

Hasil survei pendahuluan yang dilakukan di RSUD Kota Yogyakarta memperoleh 18 pasien raber Tahun 2015 yang menggunakan pembayaran dengan *INA-CBGs* dari Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). RSUD Kota Yogyakarta belum mempunyai data mengenai pasien raber, sehingga data diperoleh dengan memilih dari data semua pelayanan pasien yang ada di SIMRS. Data 18 pasien raber tersebut kemudian diambil berkas rekam medisnya, ternyata ada 12 berkas rekam medis penulisan diagnosis oleh dokter di dalam lembar resume medis tidak lengkap. Ketidaktepatan diagnosis medis dalam lembar resume medis pasien diketahui dari *review* pada formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter. Misalnya, DPJP hanya menuliskan dua diagnosis di dalam lembar resume medis pasien, ternyata setelah di-*review* dengan formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, ada beberapa diagnosis yang belum dituliskan di dalam lembar resume medis pasien. Dari 12 berkas rekam medis yang tidak lengkap, peneliti mengkode diagnosis dan prosedur yang belum dituliskan di dalam formulir resume medis tersebut dan di-*grouping* ulang dengan menggunakan *software INA-CBGs*, dari 12 berkas tersebut ada 5 berkas yang menunjukkan perbedaan tarif klaim *INA-CBGs*, dan ada 7 berkas yang tidak menunjukkan perbedaan tarif klaim *INA-CBGs*. Dari kelima berkas yang menunjukkan perbedaan tarif tersebut, jumlah total tarif *INA-CBGs* yang sudah di klaim sebesar Rp.30.492.000,00 dan jumlah total tarif *INA-CBGs* sesudah diagnosis dan prosedur medis dilengkapi sebesar Rp.37.185.000,00, jadi kerugian tarif klaim *INA-CBGs* sebesar Rp.6.693.000,00.

Berdasarkan hasil survei yang menunjukkan adanya kerugian tarif klaim dari pihak Rumah Sakit maka, perlu dilakukan analisis tentang perbedaan tarif *INA-CBGs* berdasarkan kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pasien raber Trisemester I di RSUD Kota Yogyakarta dengan proses *grouping* ulang, setelah diagnosis dan prosedur dilengkapi berdasarkan *review* formulir perjalanan

penyakit dan perintah dokter, karena selama ini belum pernah dilakukan *review* kelengkapan diagnosis lembar resume pasien di RSUD Kota Yogyakarta. Penelitian mengambil pasien Trisemester I karena pada awal tahun 2015 ada pergantian versi *software INA-CBGs* dari versi 4.0 menjadi 4.1. Survei juga menunjukkan ada tarif *INA-CBGs* yang tidak menunjukkan perbedaan tarif padahal diagnosis dan prosedur dilengkapi berdasarkan formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini termasuk dalam penelitian observasi dan eksperimen Jenis penelitian yang digunakan adalah *Pre-Eksperimental Design* dengan rancangan *One Shot Case Study*. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas rekam medis pasien raber yang menggunakan sistem pembayaran *INA CBGs* trisemester I tahun 2015 di RSUD Kota Yogyakarta, yang berjumlah 255 berkas rekam medis. Teknik sampel untuk kelengkapan diagnosis dan prosedur medis menggunakan *Simple Random Sampling* sebanyak 155 berkas rekam medis. Sedangkan sampel untuk eksperimen yaitu semua pasien raber yang ditemukan ketidaklengkapan sejumlah 72 berkas. Jenis data yang digunakan data sekunder, yaitu data yang diambil dari kelengkapan dan ketidaklengkapan pencatatan diagnosis dan prosedur di dalam formulir resume medis, data pelaporan tarif pasien raber dengan pembayaran *INA-CBGs* trisemester I tahun 2015, hasil wawancara dari koder penjaminan, koder rekam medis dan dokter, untuk mengetahui mengapa bisa terjadi ketidaklengkapan diagnosis dan prosedur pasien raber trisemester I tahun 2015. Selanjutnya data yang diperoleh dianalisis dengan uji univariat dan bivariat menggunakan SPSS 17.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* berdasarkan kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pasien raber di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

3.1. Kelengkapan formulir resume medis pasien raber di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

Angka kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pada formulir resume medis pasien raber, dimana angka ini terdiri dari angka kelengkapan dan ketidaklengkapan bulan Januari-Maret atau Trisemester I tahun 2015.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pada formulir resume medis sebesar 53,5%, sedangkan angka ketidaklengkapan sebesar 46,5%, Angka kelengkapan dari bulan Januari – Maret 2015 menunjukkan angka yang meningkat yaitu pada bulan Januari sebesar 44,8%, bulan Februari sebesar 50%, bulan Maret sebesar 67,4%.

3.2. Tarif Riil RS dan Tarif Klaim INA-CBGs Berdasarkan Formulir Resume Medis di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

Tarif klaim *INA-CBGs* berdasarkan Formulir Resume Medis (Sebelum dilengkapi) pasien raber yang tidak lengkap untuk diagnosis dan prosedur medis yang telah dibandingkan antara Tarif Riil yang dikeluarkan Rumah Sakit saat pelayanan terhadap pasien dan Tarif *INA-CBGs* yang sudah di klaim kepada BPJS Trisemester I tahun 2015.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat perbedaan 27,5% atau Rp.171.322.363,00 dari data tarif riil yang dikeluarkan oleh rumah sakit dibandingkan dengan tarif klaim *INA-CBGs*. Terdapat selisih negatif antara tarif klaim *INA-CBGs* trisemester I tahun 2015 dengan tarif riil yang dikeluarkan rumah sakit. Total tarif riil yang dikeluarkan rumah sakit menunjukkan angka yang lebih tinggi dibandingkan dengan tarif klaim *INA-CBGs*, yaitu sebesar Rp.624.304.363,00, sedangkan tarif klaim *INA-CBGs* sebesar Rp.452.982.000,00.

3.3. Tarif klaim INA-CBGs berdasarkan *review* formulir Perjalanan Penyakit Dan Perintah Dokter di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

Terdapat selisih 19,4% atau Rp.88.144.100,00, dari tarif klaim sebelum dilengkapi (berdasarkan formulir resume medis) dibandingkan dengan tarif klaim sesudah dilengkapi (berdasarkan *review* formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter). Sedangkan untuk *severity level*-nya ada 36 berkas atau sebanyak 50% yang terkoreksi, sedangkan yang tetap sebanyak 36 berkas atau sebanyak 50%. Berkas klaim yang terkoreksi tersebut ada 17 berkas klaim naik dari *severity level* 1 ke *severity level* 2, sebanyak 12 berkas klaim naik dari *severity level* 2 ke *severity level* 3, ada enam berkas klaim naik dari *severity level* 1 ke *severity level* 3 dan satu berkas turun dari *severity level* 3 ke *severity level* 2. Hasilnya dapat diketahui di dalam tabel 3.berikutnya.

3.4. Tarif Klaim INA-CBGs Pasien Raber Berdasarkan *Severity Level*-nya di RSUD Kota Yogyakarta Trisemester I Tahun 2015.

Tarif klaim *INA-CBGs* berdasarkan *Severity Level*-nya (*SL*) yang dibandingkan antara jumlah pasien dengan *SL* 1, *SL* 2 dan *SL* 3 beserta tarif klaim sebelum dilengkapi dan sesudah dilengkapi dengan hasil total klaim sebelum dilengkapi diketahui bahwa klaim terbanyak adalah *Severity Level* 2, yaitu sebesar Rp.194.285.000 atau 42,8% dari total klaim sebelum dilengkapi Rp.452.982.000,00. Sedangkan total klaim sesudah dilengkapi diketahui bahwa klaim terbanyak adalah *Severity Level* 3, yaitu sebesar Rp.261.169.500,00 atau 48,4% dari total klaim sesudah dilengkapi Rp.538.875.700,00.

3.5. Selisih Tarif Klaim INA-CBGs Sesudah Dilengkapi Trisemester I Tahun 2015.

Selisih tarif klaim *INA-CBGs* sesudah dilengkapi yang dibandingkan antara Selisih Positif (+), Selisih Negatif (-), Tetap (tidak ada selisih) dan Total Klaim masing masing selisih tersebut.

Berdasarkan hasil penelitian ada 72 berkas klaim ada 35 atau 48,6% berkas klaim menunjukkan selisih positif (+) dengan total Rp.90.607.617,00. Satu berkas klaim atau 1,4% menunjukkan selisih negatif (-) dengan total Rp.1.668.800,00. Klaim yang menunjukkan tetap atau tidak ada selisih 36 berkas atau 50% dengan total Rp.245.380.200,00.

3.6. Analisis Tarif Riil RS dan Tarif Klaim *INA-CBGs* dengan Uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* di RSUD Kota Yogyakarta Trisemester I Tahun 2015.

Hasil uji *wilcoxon signed ranks test*, tarif riil RS dengan tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dilengkapi didapatkan nilai *p value* 0,002 sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan tarif riil RS dengan tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta. Sedangkan hasil uji *wilcoxon signed ranks test* pada tarif riil RS dengan tarif klaim *INA-CBGs* sesudah dilengkapi didapatkan nilai *p value* 0,409, sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak ada perbedaan antara tarif riil RS dengan tarif klaim *INA-CBGs* sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta. Hasil uji *wilcoxon signed ranks test* pada tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi menunjukkan nilai *p value* 0,000, sehingga dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan antara tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta.

3.7. Faktor-faktor yang menimbulkan perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* pasien raber Sebelum dan Sesudah Dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

3.7.1. Naik dari *Severity Level (SL)* 1 ke *Severity Level (SL)* 2

Perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi terjadi salah satunya karena adanya peningkatan *SL* 1 menjadi *SL* 2. Diagnosis yang tidak tercatat di dalam formulir Resume Medis menunjukkan ada 17 berkas klaim meningkat dari *SL* 1 ke *SL* 2, dengan 23 macam diagnosis yang dapat meningkatkan *SL*. Diagnosis paling banyak yaitu *Hypertensi (HT)* ada tujuh berkas klaim yang belum tercatat di dalam formulir resume medis. Diagnosis *Hemiparese*, *Diabetes Mellitus (DM)*, *Chronic Hearth Failure (CHF)*, juga mempengaruhi peningkatan *SL*-nya yang masing-masing ada empat berkas klaim.

3.7.2. Naik dari *Severity Level* 2 ke *Severity Level* 3

Perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi, dipengaruhi oleh naiknya *SL* 2 ke *SL* 3, menunjukkan ada 12 berkas klaim meningkat dari *SL* 2 ke *SL* 3, dengan 19 macam diagnosis yang dapat meningkatkan *SL*. Diagnosis paling banyak yaitu sepsis ada enam berkas klaim yang belum tercatat di dalam formulir resume medis. Ada satu diagnosis *HIV (B20)* yang belum tercatat didalam formulir resume medis.

3.7.3. Naik dari *Severity Level* 1 ke *Severity Level* 3

Perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi, dipengaruhi oleh naiknya *SL* 1 ke *SL* 3, menunjukkan ada enam berkas klaim meningkat dari *SL* 1 ke *SL* 3, dengan 10 macam diagnosis

yang dapat meningkatkan *SL*. Diagnosis paling banyak yaitu sepsis ada tiga berkas klaim yang belum tercatat di dalam formulir resume medis.

3.7.4. Turun dari *Severity Level 3* ke *Severity Level 2*

Perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi, dipengaruhi oleh turunnya *SL 3* ke *SL 2*, menunjukkan ada satu berkas klaim yang setelah dilengkapi diagnosis berdasarkan *review* formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, kemudian di *grouping* ulang dengan *software INA-CBGs* ternyata mengalami penurunan *SL*-nya. Penurunan ini dari *SL 3* menjadi *SL 2*, padahal ada penambahan diagnosis *VES*, *INSUFISIENSI RENAL*, dan *ANEMIA*.

3.7.5. Ketidaktelitian Koder

Perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* juga disebabkan oleh ketidaktelitian koder dalam memasukkan ke dalam *software INA-CBGs* menunjukkan bahwa ketidaktelitian koder akan mempengaruhi hasil *grouping software INA-CBGs*, ada enam berkas klaim yang ditemukan terjadi kesalahan dalam mengkode diagnosis sepsis, yang seharusnya kode sepsis A41.9 dikode dengan A49.9 (*Bacterial Infection*). Ada tiga berkas klaim yang berbeda tarifnya setelah mendapat perlakuan atau di-*grouping* ulang dengan *software INA-CBGs*, satu berkas klaim berubah *Severity Level 1* menjadi *Severity Level 3*, dua berkas klaim berubah *Severity Level 2* menjadi *Severity Level (SL) 3*. Tiga berkas klaim menunjukkan tidak ada perbedaan di dalam *SL*-nya, hal ini dikarenakan kode *INA-CBGs* sebelum dilengkapi sudah menunjukkan *SL 3*.

Total tarif riil RS untuk tiga berkas yang berbeda tersebut diatas yakni Rp.30.201.595,00 dan diklaim ke BPJS dengan kekeliruan kode diagnosis sepsis sebesar Rp.13.675.700,00. Sesudah ada perbaikan kode diagnosis sepsis dari A49.9 menjadi A41.9 kemudian di-*grouping* ulang, klaim *INA-CBGs* meningkat menjadi Rp.20.815.600,00, dengan selisih positif dengan klaim sebelumnya sebesar Rp.7.139.900,00.

3.8. PEMBAHASAN

3.8.1. Kelengkapan formulir resume medis pasien riber di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

Penulisan diagnosis dan prosedur medis pada Formulir Resume Medis di RSUD Kota Yogyakarta dilakukan oleh DPJP, baik itu pasien riber atau bukan riber. DPJP tidak menuliskan semua diagnosis yang ditulis oleh dokter spesialisasi lain yang ikut merawat pasien, hal ini terbukti dari angka kelengkapan di atas.

Berdasarkan hasil wawancara dengan koder penjaminan dan koder rekam medis, ternyata masih mengalami kesulitan dalam mengkode yaitu sulit terbacanya penulisan diagnosis oleh dokter, adanya ketidaklengkapan penulisan diagnosis oleh dokter khususnya pasien riber. Meskipun sudah ada konfirmasi dengan dokter dan koder rekam medis, ternyata masih ditemukan

angka ketidaklengkapan yang tinggi. Koder penjaminan tidak mengecek kembali berkas rekam medis, hanya berpedoman dengan fotokopi resume pasien setelah pulang dari bangsal, tetapi jika dalam pengecekan resume, penunjang dan *billing system* yang ada di dalam berkas klaim ada yang kurang maka koder penjaminan baru konfirmasi dengan koder rekam medis dalam hal kelengkapan penulisan diagnosis dan prosedur, sehingga koder rekam medis akan melakukan pengecekan ulang berkas rekam medis yang tidak lengkap, kemudian melakukan konfirmasi dengan Dokter agar melengkapi diagnosis yang belum tercatat. Berdasarkan wawancara dengan Dokter, adanya ketidaklengkapan penulisan diagnosis di dalam formulir resume medis pasien dikarenakan Dokter hanya menuliskan diagnosis spesialisasinya sendiri, tanpa *me-review* diagnosis dokter yang lain untuk pasien riber, mereka beranggapan bahwa dokter spesialis lain akan menuliskan sendiri diagnosis spesialisnya di dalam formulir resume medis, dokter juga merasa malas karena berulang-ulang menuliskan diagnosis medis pasien, mereka menginginkan agar menggunakan sistem komputer yang lebih memudahkan.

3.8.2. Tarif Klaim INA-CBGs Berdasarkan Formulir Resume Medis di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

Kerugian rumah sakit sejumlah Rp.171.322.363,00, dikarenakan rumah sakit mengeluarkan biaya pelayanan kesehatan terhadap pasien berdasarkan rincian jenis pelayanan yang diberikan kepada seorang pasien (Hatta, 2014), sehingga biaya yang dikeluarkan rumah sakit relatif tinggi. Pembayaran dengan sistem *CBGs*, rumah sakit hanya menyampaikan diagnosis dan prosedur medis pada saat pasien pulang dan memasukkan kode *CBGs* untuk diagnosis dan prosedur tersebut ke dalam *software INA-CBGs*.

Berdasarkan wawancara kepada koder penjaminan untuk beberapa kasus yang menimbulkan beda terlalu besar antara tarif riil dan tarif *INACBGs* maka koder penjaminan melihat kembali isian dalam data rekam medis pasien. Lama Dirawat (*Length of Stay*) juga turut mempengaruhi perbedaan tarif riil dengan tarif paket *INA-CBGs*. Hal tersebut dikarenakan Lama Dirawat pada tarif riil dihitung per hari, sehingga semakin lama pasien dirawat semakin besar pula biayanya. Sedangkan pada *INA-CBGs* Lama Dirawat sudah ditentukan standarnya, sehingga meski pasien dirawat lama ataupun sebentar tarifnya akan tetap sesuai kode diagnosis dan kode prosedurnya. Untuk mendapatkan hasil *grouper* yang benar diperlukan kerjasama yang baik antara dokter dan koder. Kelengkapan rekam medis yang ditulis oleh dokter akan sangat membantu koder dalam memberikan kode diagnosis dan tindakan atau prosedur yang tepat (Kemenkes,2014). RSUD Kota Yogyakarta belum memiliki *clinical pathway*, sehingga pemberian pelayanan kesehatan pada pasien dengan kasus yang sama dapat berbeda-beda pada tiap dokter yang menanganinya. Menurut

Thabrany (2014), bahwa dalam pembayaran *CBGs*, RS dan Tim dokter harus menetapkan biaya yang dikeluarkan oleh RS yang dikenal dengan *Clinical Pathway*.

3.8.3. Tarif klaim *INA-CBGs* berdasarkan *Review Formulir Perjalanan Penyakit Dan Perintah Dokter* di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

Selisih positif menunjukkan bahwa ketidaklengkapan pencatatan diagnosis dan prosedur medis di dalam formulir resume medis akan mempengaruhi tarif klaim *INA-CBGs*. Proses pengkodean klaim *INA-CBGs* di RSUD Kota Yogyakarta yang hanya menggunakan fotokopi resume tersebut ternyata masih menunjukkan ketidaklengkapan pencatatan diagnosis dan prosedur medis dan menimbulkan kerugian bagi pihak rumah sakit. Teridentifikasi kekurangan-kekurangan pencatatan tersebut harus segera dilengkapi oleh pemberi layanan kesehatan dengan segera (Sudra, 2014).

Menurut hasil wawancara koder penjaminan, RSUD Kota Yogyakarta belum mempunyai verifikator internal, sehingga belum dilakukan audit koding. Kode penyakit yang telah ditetapkan oleh *coder*, sebaiknya dilakukan audit pengodean. Menurut Hatta (2014), audit pengodean diagnosis adalah proses pemeriksaan pendokumentasian rekam medis untuk memastikan bahwa proses pengodean dan hasil pengodean diagnosis yang dihasilkan adalah akurat, presisi dan tepat waktu sesuai dengan aturan, kebijakan, dan perundang-undangan yang berlaku.

3.8.4. Klaim *INA-CBGs* Pasien Raber Berdasarkan *Severity Level*-nya di RSUD Kota Yogyakarta Trisemester I Tahun 2015.

Penelitian ini menunjukkan adanya perubahan tingkat keparahan atau *Severity Level (SL)*, setelah ada perlakuan penambahan diagnosis medis pada berkas klaim yang tidak lengkap. Ketidaklengkapan ini karena dokter tidak menuliskan diagnosis secara lengkap pada berkas rekam medis, padahal hasil laboratorium mendukung dalam pemberian obat. Hal ini berpengaruh pada proses pengkodean diagnosis dan entri ke dalam software *INA-CBGs* oleh koder, serta berpengaruh pada penentuan *SL INA-CBGs*-nya. Adanya diagnosis yang tidak dituliskan pada Resume Medis dapat berpengaruh pada tingkat keparahan dan berdampak pada tarif *INA-CBGs* yang akan di klaim oleh pihak BPJS.

3.8.5. Selisih Tarif Klaim *INA-CBGs* Sesudah Dilengkapi Trisemester I Tahun 2015.

Hasil penelitian di RSUD Kota Yogyakarta pada trisemester I tahun 2015, menunjukkan bahwa dari 72 berkas klaim ada peningkatan tarif klaim *INA-CBGs* sejumlah 35 berkas klaim setelah ada perlakuan penambahan diagnosis yang tidak lengkap berdasarkan *review* formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, klaim menunjukkan selisih positif (+) dengan total Rp.90.607.617,00 dari klaim sebelum dilengkapi. Klaim juga menunjukkan tidak ada peningkatan tarif klaim *INA-CBGs* sejumlah 36 berkas klaim (50%) atau Rp.245.380.200,00, meskipun ada perlakuan

penambahan kode diagnosis yang tidak lengkap dari klaim sebelum dilengkapi, akan tetapi ada satu berkas klaim atau Rp.1.668.800,00 yang menunjukkan penurunan tarif klaim *INA-CBGs* dan terjadi selisih negatif dari tarif klaim sebelum dilengkapi.

Berdasarkan petunjuk teknis sistem *INA-CBGs*, Kemenkes (2014), Rumah Sakit harus memahami tentang konsep tarif paket, dimana dimungkinkan suatu kasus atau kelompok *CBG* tertentu mempunyai selisih positif dan pada kasus atau kelompok kasus *CBG* yang sama pada pasien berbeda ataupun pada kelompok *CBG* lain mempunyai selisih negatif.

3.8.6. Analisis Perbedaan Tarif Riil RS, Tarif Klaim *INA-CBGs* Sebelum dan Sesudah Dilengkapi dengan Uji *Wilcoxon Signed Ranks Test* di RSUD Kota Yogyakarta Trisemester I Tahun 2015.

Berdasarkan hasil penelitian ada perbedaan tarif riil RS dengan tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta ($p = 0,002$). Hasil penelitian hampir serupa oleh Wijayanti dan Sugiarsi (2013), yang menyatakan bahwa ada perbedaan yang signifikan antara tarif riil dan tarif paket *INA-CBGs* pada pembayaran klaim Jamkesmas pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo ($p = 0,001$).

Perbedaan ini dikarenakan tarif riil RS merupakan tarif yang dirinci berdasarkan semua jenis pelayanan yang diberikan kepada pasien, jadi dengan rincian tersebut akan menghasilkan jumlah tarif riil yang tinggi, padahal untuk Tarif Klaim *INA-CBGs* dikeluarkan berdasarkan kumpulan dari beberapa diagnosis dan prosedur medis, tidak merinci semua jenis pelayanan. Perbedaan ini juga dikarenakan semakin lama hari perawatan pasien maka semakin bertambah pula jumlah tarif riil yang dikeluarkan RS, padahal untuk Tarif Klaim *INA-CBGs* untuk dua hari perawatan dengan beberapa hari perawatan tarif akan dikeluarkan sama. RSUD Kota Yogyakarta juga belum memiliki Tim Verifikasi Internal Rumah Sakit, sehingga proses klaim *INA-CBGs* belum terpantau.

Penelitian di RSUD Kota Yogyakarta antara Tarif Riil RS dengan Tarif Klaim *INA-CBGs* Sesudah Dilengkapi ternyata tidak ada perbedaan antara tarif riil RS dengan tarif klaim *INA-CBGs* sesudah dilengkapi ($p = 0,409$), apabila diagnosis dan prosedur medis lengkap maka hasil tarif *INA-CBGs* yang didapatkan akan lebih maksimal dan tarif *INA-CBGs* tidak akan ada bedanya dengan tarif riil RS, dan apabila dirinci satu persatu Rumah Sakit tidak akan rugi. Proses mengkode diagnosis dan prosedur medis jika menggunakan Berkas Rekam Medis maka hasil kode akan lebih akurat dan benar, serta kelengkapannya bisa lebih maksimal, sehingga tarif *INA-CBGs* yang didapatkan juga akan lebih maksimal, karena terbukti setelah ada perlakuan penambahan diagnosis pada resume medis yang tidak lengkap, dengan *me-review* dengan formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, ternyata tidak ada perbedaan antara Tarif Riil RS dengan Tarif Klaim *INA-CBGs* sesudah dilengkapi.

Berdasarkan hasil penelitian ada perbedaan yang signifikan antara tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta ($p = 0,000$), hal ini terbukti setelah ada perlakuan penambahan diagnosis yang tidak lengkap berdasarkan formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter. Jadi kelengkapan diagnosis dan prosedur medis akan berpengaruh di dalam tarif klaim *INA-CBGs*. Hasil penelitian yang mendukung adalah penelitian Hasanah, dkk (2013), menyatakan bahwa ada perbedaan jumlah SL dan jumlah klaim sebelum dilengkapi dan setelah dilengkapi pada kasus *emergency section cesaria* di RSUD RT Setjonegoro Kabupaten Wonosobo tahun 2013 ($p = 0,000$).

3.8.7. Faktor-faktor yang menimbulkan perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* pasien raber sebelum dan sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015.

3.8.7.1. Naik dari *Severity Level (SL)* 1 ke *Severity Level (SL)* 2

Hasil penelitian menunjukkan ada 17 berkas klaim meningkat dari *SL* 1 ke *SL* 2, dengan 23 macam diagnosis yang dapat meningkatkan *SL*. Diagnosis paling banyak yaitu *Hypertensi (HT)* ada tujuh berkas klaim yang belum tercatat di dalam formulir resume medis. Diagnosis *Hemiparese*, *Diabetes Mellitus (DM)*, *Chronic Hearth Failure (CHF)*, juga mempengaruhi peningkatan *SL*-nya yang masing-masing ada empat berkas klaim. Diagnosis yang belum tercatat di dalam resume medis adalah diagnosis untuk penyakit dalam dan penyakit syaraf, yang dapat meningkatkan derajat keparahannya atau *SL*-nya.

Tarif *INA-CBGs* sangat ditentukan oleh output pelayanan yang tergambar pada diagnosis akhir (baik diagnosis utama maupun diagnosis sekunder) dan prosedur yang telah dilakukan selama proses perawatan. Kelengkapan dan mutu dokumen rekam medis akan sangat berpengaruh pada coding, grouping dan tarif *INA-CBGs* (Kemenkes, 2014).

3.8.7.2. Naik dari *Severity Level* 2 ke *Severity Level* 3

Hasil penelitian di RSUD Kota Yogyakarta menunjukkan ada 12 berkas klaim meningkat dari *SL* 2 ke *SL* 3, dengan 19 macam diagnosis yang dapat meningkatkan *SL*. Diagnosis paling banyak yaitu sepsis ada enam berkas klaim yang belum tercatat di dalam formulir resume medis. Diagnosis yang belum tercatat di dalam resume medis ternyata ditemukan ada 19 macam, hal ini dikarenakan dokter tidak mencatat semua diagnosis yang telah ditulis oleh dokter spesialis yang lain di dalam formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter dan lembar konsultasi.

3.8.7.3. Naik dari *Severity Level* 1 ke *Severity Level* 3

Hasil penelitian di RSUD Kota Yogyakarta menunjukkan ada enam berkas klaim meningkat dari *SL* 1 ke *SL* 3, dengan 10 macam diagnosis yang dapat meningkatkan *SL*. Diagnosis paling banyak yaitu sepsis ada tiga berkas klaim yang belum tercatat di dalam formulir resume medis. Diagnosis sepsis dalam penelitian ini ternyata dapat meningkatkan tingkat keparahan, tetapi bukti penunjang

dan pengobatan harus membuktikan bahwa diagnosis sepsis tersebut ada di dalam episode perawatan pasien.

Berdasarkan wawancara dengan petugas koding penjaminan di dalam mengkode diagnosis dan prosedur tetap harus melihat bukti penunjang maupun terapi pengobatannya, jika bukti penunjang tidak mendukung dan bukti terapi pengobatan tidak ada maka diagnosis yang telah dicatat didalam berkas rekam medis tidak di kode oleh koder, agar tidak terjadi *Upcoding*. Hal ini mengacu pada salah satu yang tidak diperbolehkan pada Juknis INA-CBGs, Kemenkes (2014), yaitu melakukan *Upcoding*, yang artinya memberikan koding dengan sengaja dengan tujuan meningkatkan pembayaran ke rumah sakit. *Code Creep* sering disebut sebagai *upcoding*, dan apabila mengacu pada konteks Tagihan Rumah Sakit (*hospital billing*) maka disebut *DRG Creep*. Kurangnya pengetahuan koder juga dapat menimbulkan *code creep*. Namun, tidak semua variasi yang timbul dalam pengkodean dapat disebut *code creep*. Pengembangan, revisi sistem koding dan kebijakan yang diambil oleh suatu negara dalam pengklaiman kasus tertentu dapat menyebabkan variasi pengkodean.

3.8.7.4. Turun dari Severity Level 3 ke Severity Level 2

Hasil penelitian menunjukkan ada satu berkas klaim yang setelah dilengkapi diagnosis berdasarkan *review* formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, kemudian di grouping ulang dengan *software INA-CBGs* ternyata mengalami penurunan *SL*-nya. Penurunan ini dari *SL* 3 menjadi *SL* 2, padahal ada penambahan diagnosis *Ventrikel Ekstra Sistole*, *INSUFISIENSI RENAL*, dan *ANEMIA*. Hal ini membuktikan bahwa tidak semua penambahan diagnosis yang tidak lengkap di dalam formulir resume medis bisa menaikkan tingkat keparahan, dalam penelitian ini ada satu berkas klaim yang setelah ada perlakuan atau penambahan diagnosis mengalami penurunan tingkat keparahan atau *SL*-nya. Berdasarkan Juknis Sistem *INA-CBGs* (Kemenkes, 2014), kode *INA-CBGs* dan deskripsinya tidak selalu menggambarkan diagnosis tunggal tetapi bisa merupakan hasil satu diagnosis atau kumpulan diagnosis dan prosedur.

3.8.7.5. Ketidaktelitian Koder

Ketidaktelitian koder dalam pengodean diagnosis dan prosedur akan mempengaruhi ketepatan tarif pada *software INA-CBGs*, dengan demikian selisih tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi juga akan ditentukan oleh ketepatan pengodean. Ketika pengodean tepat serta penentuan diagnosis primer dan sekunder juga tepat, maka tarif paket *INA-CBGs* yang muncul juga tepat sesuai dengan derajat keparahan (*severity level*) dari kode diagnosis dan prosedur. Namun ketika pengodean tidak tepat, kemudian mengakibatkan derajat keparahan yang tidak tepat, maka tarif paket *INA-CBGs* yang muncul juga tidak tepat.

Kelengkapan data administratif dalam klaim sebaiknya diperhatikan agar tidak terjadi kekeliruan dalam mengkode. Menurut hasil wawancara dengan petugas koding Instalasi Penjaminan bahwa, petugas koding diagnosis dan prosedur medis juga mengentri ke dalam *software INA-CBGs*. Mengkode diagnosis dan prosedur medis juga menggunakan fotokopi resume medis yang didukung oleh hasil penunjang, akan tetapi Koder juga mengalami kesulitan, karena penulisan dokter yang tidak jelas, hal ini juga akan berpengaruh pada kekeliruan dalam mengkode diagnosis dan prosedur, tetapi jika ditemukan penulisan yang tidak terbaca maka koder penjaminan akan konfirmasi langsung kepada dokter DPJP-nya.

4. PENUTUP

4.1.SIMPULAN

- (1) Angka kelengkapan diagnosis dan prosedur medis pada formulir resume medis sebesar 53,5%.
- (2) Terdapat perbedaan 27,5% dari data tarif riil dibandingkan dengan tarif klaim *INA-CBGs*. Terdapat selisih negatif antara tarif klaim *INA-CBGs* dengan tarif riil. Total tarif riil yang dikeluarkan rumah sakit menunjukkan angka yang lebih tinggi dibandingkan dengan tarif klaim *INA-CBGs*.
- (3) Terdapat selisih positif 19,4% dari tarif klaim sebelum dilengkapi dibandingkan dengan tarif klaim sesudah dilengkapi. Berkas klaim yang terkoreksi tersebut ada 17 berkas klaim naik dari *severity level 1* ke *severity level 2*, sebanyak 12 berkas klaim naik dari *severity level 2* ke *severity level 3*, ada enam berkas klaim naik dari *severity level 1* ke *severity level 3* dan satu berkas turun dari *severity level 3* ke *severity level 2*.
- (4) Total klaim sebelum dilengkapi diketahui bahwa klaim terbanyak adalah *Severity Level 2*. Sedangkan total klaim sesudah dilengkapi diketahui bahwa klaim terbanyak adalah *Severity Level 3*.
- (5) Dari 72 berkas klaim 48,6% berkas klaim menunjukkan selisih positif (+). Satu berkas klaim atau 1,4% menunjukkan selisih negatif (-). Klaim yang menunjukkan tetap atau tidak ada selisih sebesar 50%.
- (6) Terdapat perbedaan tarif riil RS dengan tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta. Tidak terdapat perbedaan antara tarif riil RS dengan tarif klaim *INA-CBGs* sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta. Terdapat perbedaan antara tarif klaim *INA-CBGs* sebelum dan sesudah dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta.
- (7) Faktor-faktor yang menimbulkan perbedaan tarif klaim *INA-CBGs* pasien rawat Sebelum dan Sesudah Dilengkapi di RSUD Kota Yogyakarta trisemester I tahun 2015, antara lain:
 - (a) Naik dari *Severity Level (SL) 1* ke *Severity Level (SL) 2*
 - (b) Naik dari *Severity Level 2* ke *Severity Level 3*

- (c) Naik dari *Severity Level 1* ke *Severity Level 3*
- (d) Turun dari *Severity Level 3* ke *Severity Level 2*
- (e) Ketidaktelitian Koder

4.2.SARAN

(1) Bagi Dokter

Agar lebih memperhatikan kelengkapan diagnosis medis dengan *me-review* kembali dengan formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, sehingga kelengkapan penulisan diagnosis akan lebih maksimal dan klaim *INA-CBGs* yang dihasilkan juga akan lebih maksimal.

(2) Bagi Koder

- (a) Agar lebih memperhatikan kelengkapan dan kebenaran penulisan diagnosis medis oleh dokter, dengan *me-review* kembali formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, jika ditemukan kesulitan sebaiknya konfirmasi dengan DPJP, sehingga kode yang dihasilkan juga akan lengkap dan benar, dan klaim *INA-CBGs* yang dihasilkan juga akan lebih maksimal.
- (b) Agar lebih teliti dalam hal memberikan kode penyakit, sehingga kekeliruan pengkodean bisa diminimalisir dan mengurangi kerugian dari Rumah Sakit.
- (c) Agar dalam proses pemberian kode penyakit dan prosedur medis untuk klaim *INA-CBGs* menggunakan berkas rekam medis untuk *me-review* dengan formulir perjalanan penyakit dan perintah dokter, sehingga kelengkapan pemberian kode penyakit lebih maksimal dan klaim *INA-CBGs* akan lebih maksimal.
- (d) Agar lebih teliti akan kebenaran prosedur *entry* kode diagnosis dan prosedur medis ke dalam *software INA-CBGs*, sehingga kemungkinan kesalahan tidak akan terjadi, dan klaim yang dihasilkan juga tidak akan keliru.

(3) Bagi Rumah Sakit

- (a) Agar dapat menyusun *Clinical Pathway*, sehingga pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh DPJP bisa sesuai dengan aturan yang ada di dalam *Clinical Pathway*.
- (b) Agar dapat membentuk Tim Audit Koding Rumah Sakit, sehingga kebenaran dan ketepatan pemberian kode penyakit dan prosedur medis dapat dipantau, dan hasil klaim *INA-CBGs* serta statistik Rumah Sakit lebih maksimal dan akurat.
- (c) Agar dapat membentuk Tim Verifikasi Internal Rumah Sakit dalam hal Klaim *INA-CBGs* dan Klaim lainnya, sehingga proses klaim akan lebih cepat, maksimal dan terpantau.

DAFTAR PUSTAKA

- Hasanah, U, Mahawati, E dan Ernawati, D. 2013. *Analisis Perbedaan Klaim INA-CBGs Berdasarkan Kelengkapan Data Rekam Medis Pada Kasus Emergency Sectio Cesaria trimester I tahun 2013 di RSUD KRT Setjonegoro Kabupaten Wonosobo*. Vol.1.No.2. Oktober 2013:53-59.
- Hatta, GR. 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia.
- Kemenkes RI. 2014. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kresnowati, L dan Ernawati. 2013. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Akurasi Koding Diagnosis Dan Prosedur Medis Pada Dokumen Rekam Medis Di Rumah Sakit Kota Semarang*. [Laporan Akhir]. Semarang: Unversitas Dian Nuswantoro.
- Lapau, B. 2015. *Metode Penelitian Kesehatan, Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, Disertasi*. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.27 Tahun 2014 Tentang *Petunjuk Teknis Sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.28 Tahun 2014 Tentang *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Sudra, RI. 2014. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: Universitas Terbuka.
- Sugiyono. 2014. *Metode Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sujarweni, VW. 2015. *SPSS Untuk Penelitian*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Thabrany, H. 2014. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: PT.Raja Grafindo Persada.
- Wijayanti, AI, Sugiarsi, S. 2013. *Analisis Peredaan Tarif Riil dengan Tarif Paket INA-CBGs Pada Pembayaran Klaim Jamkesmas Pasien Rawat Inap Di RSUD Kabupaten Sukoharjo*. Vol 1. No.2. Juni 2011:34-39.